



طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال ☐
 ٣ المصريين بالخارج ☐ ٤ عمالة غير منتظمة ☐
 رقم المنشأة:

اسم المنشأة:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

اسم المؤمن عليه: الجنسية:

المؤهل: كود المهنة: المسمى:

تاريخ بدء الاشتراك:

نوع المدة	المسمى:	كود الاشتراك	المسمى: القطاع: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*أجر أساسي:	قرش	جنيه	*أجر / دخل الاشتراك:	قرش	جنيه	*الأجر الشامل:	قرش	جنيه
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(لحساب ٧٪ وفقاً لقانون العمل)

(لحساب اشتراك التأمين الصحي الشامل)

صلة القرابة بصاحب العمل: ☐ * تستوفي للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية.

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: نسبة العجز: %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان خارج مصر

العنوان داخل مصر

الدولة:

المدينة:

جهة العمل:

عقار رقم:

شياخة / قرية:

شارع / حارة:

قسم / مركز: محافظة:

توقيع المدير المسئول:

توقيع المؤمن عليه:

رقم التليفون:

البريد الإلكتروني:

تحريراً في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل آلياً بمعرفة	روجع آلياً بمعرفة
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة: على صاحب العمل والعامل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار. (أنظر خلفه)

إرشادات

١. على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذا النموذج من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
٢. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة وصورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص.
٣. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمن وقع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
٤. يستخدم هذا النموذج كطلب اشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية:
 - (أ) من تجاوز سن الشيخوخة وأوقف انتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.
 - (ب) العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة.
 - (ج) العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.
 - (د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

إقرار

اسم المنشأة: رقمها التأميني:

العنوان:

أقر أنا الموقع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول)

()

١ - أقر أنا العامل بالمنشأة عالياً بأنه أثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة وموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بالتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنى التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()